

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA GRATUITA

Se necessitar de ajuda para o preenchimento desta solicitação, por favor entre em contato com:

Este formulário será utilizado para avaliar se você tem direito à Assistência Gratuita ou se pode qualificar-se para uma cobertura dos serviços de saúde através de outros programas. Se estiver fazendo a solicitação em nome de terceiros (outra pessoa), por favor responda todas as perguntas usando as informações daquela pessoa. Se uma seção ou pergunta não se aplicar ao seu caso ou a qualquer membro de sua família, escreva N/A. Se precisar de mais espaço, por favor utilize outra folha de papel.

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Sobrenome	Nome	Inicial do 2º nome	Número de Seguridade Social (SSN) ou Imposto (TIN) <i>(se houver)</i>
Endereço			Números de telefones (Residência) () (Trabalho) ()
Cidade	Estado	Código Postal	Endereço para correspondência <i>(se diferente da residência)</i>
Data de nascimento	Você é um "sem-teto"? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
			Você está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Se estiver solicitando em nome de outra pessoa, por favor preencha esta seção como pessoa de contato.

Sobrenome	Nome	Inicial do 2º nome	Parentesco/relação com o solicitante (applicant):
Endereço			Números de telefones (Residência) () (Trabalho) ()
Cidade	Estado	CEP/Código	Endereço para correspondência <i>(se diferente da residência)</i>

INFORMAÇÕES FAMILIARES

Por favor, relacione as pessoas de sua família que vivem com você. Inclua seu cônjuge e os filhos dependentes seus ou de seu cônjuge que vivam com você. Se estiver fazendo a solicitação para uma criança com menos de 18 anos, considere a criança, seus irmãos e irmãs com menos de 18 anos que vivam com a criança e os pais ou familiares que vivam com a criança.

Nome do membro da família	SSN ou TID (Número de Seguridade Social ou Imposto) <i>(se houver)</i>	Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Grávida
				M F	S N
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RENDA FAMILIAR

Por favor preencha esta seção sobre a renda (antes de impostos e descontos) de cada membro que trabalha na família.

Nome do membro que trabalha na família	Valor da renda	Qual a frequência?	Uso reservado <i>Total Income</i>
Nome e endereço do empregador			
Número de pessoas que trabalham para esta firma: menos de 50 <input type="checkbox"/> 51-200 <input type="checkbox"/> mais de 200 <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/>			

Nome do membro que trabalha na família	Valor da renda	Qual a frequência?	Uso reservado <i>Total Income</i>
Nome e endereço do empregador			
Número de pessoas que trabalham para esta firma: menos de 50 <input type="checkbox"/> 51-200 <input type="checkbox"/> mais de 200 <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/>			

OUTROS RENDIMENTOS

Por favor, preencha esta seção sobre o valor (antes de impostos e descontos) de outros rendimentos de todos os membros da família que recebem outros rendimentos. Outros rendimentos significa o dinheiro que você recebe sem que seja pago por um empregador.

Tipo de rendimento	Membros da família que têm renda	Valor recebido	Qual a frequência <i>(circule um)</i>	Uso reservado <i>Total Income</i>
Seguridade social			Semanal, Mensal, Anual	
Aposentadoria de ferroviário			Semanal, Mensal, Anual	
Benefício de ex-combatente (veteranos)			Semanal, Mensal, Anual	
Fundos de aposentadoria			Semanal, Mensal, Anual	
Rendas anuais (annuities)			Semanal, Mensal, Anual	
Pensões			Semanal, Mensal, Anual	
Pensão dos filhos (child support)			Semanal, Mensal, Anual	
Pensão alimentícia (alimony)			Semanal, Mensal, Anual	
Seguro-desemprego			Semanal, Mensal, Anual	
Indenização de acidente de trabalho (Workers' Comp.)			Semanal, Mensal, Anual	
Renda de aluguéis			Semanal, Mensal, Anual	
Renda fiduciária (trust income)			Semanal, Mensal, Anual	
Auxílio provisório (transitional assistance)			Semanal, Mensal, Anual	
EAEDC			Semanal, Mensal, Anual	
Renda de dividendos			Semanal, Mensal, Anual	
Renda da conta bancária			Semanal, Mensal, Anual	
Outra:			Semanal, Mensal, Anual	

Se você ou alguém relacionado na página 1 for **obrigado** a fazer pagamentos relativos a pensão alimentícia (alimony), pensão dos filhos (child support), ou ajuda para familiar em asilo/casa de saúde, por favor preencha a seção abaixo.

Tipo de pagamento	Beneficiário	Total pago	Qual a frequência <i>(circule um)</i>	Uso reservado <i>Total Payment</i>
Pensão alimentícia/alimony			Semanal, Mensal, Anual	
Pensão dos filhos/child supp.			Semanal, Mensal, Anual	
Ajuda para familiar em asilo/c de saúde			Mensal	

OUTROS SEGUROS

Mesmo possuindo um seguro de saúde, você ainda pode se qualificar para que a Assistência Gratuita pague valores do como co-pagamentos ou franquias.

1. Você possui cobertura de alguma apólice de seguro de saúde, incluindo cobertura no exterior e Medicare? Sim Não

Se sim, forneça as seguintes informações:

Portador da apólice: _____ Seguradora: _____ Número da apólice: _____

Portador da apólice: _____ Seguradora: _____ Número da apólice: _____

2. Você está solicitando a Assistência Gratuita devido a um ferimento ou acidente de trabalho? Sim Não

3. Você está solicitando a Assistência Gratuita devido a um acidente com veículo motorizado? Sim Não

4. Você tem uma ação judicial (lawsuit) ou uma reivindicação pendente/esperando em outro seguro para cobertura desta enfermidade ou ferimento? Sim Não

5. Você é estudante universitário? Sim Não Se sim: Tempo integral (FT)? Meio-período (PT)?

6. Você fez alguma solicitação para algum destes programas que esteja pendente/esperando? Sim Não

Children's Medical Security Plan MassHealth CenterCare

Transitional Assistance Healthy Start EAEDC

Outro _____ Boston HealthNet Cambridge NetworkHealth

7. Atualmente, você tem direito à Assistência Gratuita em um outro hospital ou centro comunitário de saúde? Sim Não

Se sim: Onde? _____

PERGUNTA OPCIONAL

Esta pergunta é formulada apenas para fim de levantamento de dados e análise, e de forma alguma será usada para determinar se você se qualifica para receber a Assistência Gratuita.

Raça

Índio americano ou nativo do Alasca Asiático ou de ilhas do Pacífico Branco, não hispânico

Negro, não hispânico Hispânico Outra _____

CESSÃO DE DIREITOS

Por favor, leia atentamente esta seção e assine abaixo.

Autorizo meu empregador e meu segurador de saúde a fornecer a este hospital ou centro comunitário de saúde informações sobre renda, prêmios de seguro-saúde, seguro coletivo, co-pagamentos, franquias e benefícios de cobertura que eu possua.

Caso eu esteja solicitando Assistência Gratuita por causa de um acidente ou de outra ocorrência, e se eu estiver recebendo dinheiro por causa daquele acidente ou ocorrência de quaisquer fontes tais como, por exemplo, indenização de acidente de trabalho ou de uma operadora de seguros, reembolsarei ao hospital ou centro comunitário de saúde por quaisquer serviços médicos pagos pelo Grupo de Assistência Gratuita. Concedo a este hospital ou centro comunitário de saúde o direito de receber dos seguradores os pagamentos pela assistência médica prestada, conforme a necessidade.

Enquanto tiver direito à Assistência Gratuita, concordo em informar este hospital ou centro comunitário de saúde sobre quaisquer mudanças na posição social de minha família, inclusive sobre o seu tamanho, modificações de renda/rendimento e cobertura de seguro de saúde que possam modificar meu direito à Assistência Gratuita.

Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, as informações contidas nesta solicitação. Concordo em fornecer a documentação mediante solicitação. Autorizo este hospital ou centro comunitário de saúde a fornecer à Division of Health Care Finance and Policy, ou ao seu nomeado, as informações necessárias para confirmação do meu direito à Assistência Gratuita e para administrar o Grupo de Assistência Gratuita. **Entendo que este hospital ou centro comunitário de saúde não pode compartilhar informações confidenciais, tais como as que estão contidas nessa solicitação, com qualquer repartição pública estadual ou federal, salvo como mencionado acima, sem a minha autorização prévia.**

Assinatura do solicitante

Data

Se estiver assinando em nome do solicitante: Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, as informações contidas nesta solicitação.

Assinatura do representante autorizado

Data

Use esta página para informações adicionais

SOLICITAÇÃO RESUMIDA DE ASSISTÊNCIA GRATUITA

Se necessitar de ajuda para o preenchimento desta solicitação, por favor entre em contato com:

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Sobrenome Nome Inicial do 2º nome

Número de Seguridade Social (SSN) ou Imposto (TIN)
(se houver)

Endereço

Números de telefones

(Residência) ()

(Trabalho) ()

Cidade Estado Código Postal

Endereço para correspondência (se diferente da residência)

Data de nascimento Você é um "sem-teto"?

Sim Não

Se estiver solicitando em nome de outra pessoa, preencha esta seção como pessoa de contato.

Sobrenome Nome Inicial do 2º nome

Parentesco/relação com o solicitante (applicant):

Endereço

Números de telefone

(Residência) ()

(Trabalho) ()

Cidade Estado Código Postal

Endereço para correspondência (se diferente da residência)

CESSÃO DE DIREITOS

Por favor, leia atentamente esta seção e assine abaixo.

Autorizo meu empregador e meu segurador de saúde a fornecer a este hospital ou centro comunitário de saúde informações sobre renda, pagamentos de seguro de saúde, seguro coletivo, co-pagamentos, franquias e benefícios de cobertura que eu possua.

Caso eu esteja solicitando Assistência Gratuita por causa de um acidente ou de outra ocorrência e se eu estiver recebendo dinheiro por causa daquele acidente ou ocorrência de quaisquer fontes tais como, por exemplo, indenização de acidente de trabalho ou de uma operadora de seguros, reembolsarei ao hospital ou centro comunitário de saúde por quaisquer serviços médicos pagos pelo Grupo de Assistência Gratuita. Concedo a este hospital ou centro comunitário de saúde o direito de receber dos seguradores os pagamentos pela assistência médica prestada conforme a necessidade.

Enquanto tiver direito à Assistência Gratuita, concordo em informar este hospital ou centro comunitário de saúde sobre quaisquer mudanças na posição social de minha família, inclusive sobre o seu tamanho, modificações de renda e cobertura de seguro saúde que possa modificar meu direito à Assistência Gratuita.

Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, as informações contidas nesta solicitação. Concordo em fornecer a documentação mediante solicitação. Autorizo este hospital ou centro comunitário de saúde a fornecer à Divisão de Política e Finanças de Assistência à Saúde, ou ao seu nomeado, as informações necessárias para confirmação do meu direito à Assistência Gratuita e para administrar o Grupo de Assistência Gratuita. **Entendo que este hospital ou centro comunitário de saúde não pode compartilhar informações confidenciais, tais como as que estão contidas nessa solicitação, com qualquer repartição pública estadual ou federal, salvo como mencionado acima, sem a minha autorização prévia.**

Assinatura do solicitante

Data

Se estiver assinando em nome do solicitante: Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, as informações contidas nesta solicitação.

Assinatura do representante autorizado

Data

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA GRATUITA – SUPLEMENTO DE NECESSIDADE MÉDICA

Se necessitar de ajuda para o preenchimento desta solicitação, por favor entre em contato com:

Este formulário será usado para verificar se você se qualifica à Assistência Gratuita na categoria Dificuldade de Pagamento de Despesas Médicas. Para se qualificar à Dificuldade de Pagamento de Despesas Médicas, é necessário que você tenha solicitado a Assistência Gratuita anteriormente e que forneça as informações comprobatórias de que suas despesas médicas são tão altas que você está impossibilitado de pagar essas contas. O hospital usará as informações contidas neste formulário para decidir se você preenche os requisitos obrigatórios para a Impossibilidade de Pagamento de Despesas Médicas.

Por favor, preencha todas as seções deste suplemento. Se estiver fazendo a solicitação em nome de outra pessoa, responda todas as questões usando as informações do solicitante. Se uma seção ou pergunta não se aplicar a você ou a qualquer membro da sua família, escreva N/A. Se necessitar de mais espaço, utilize outra folha de papel.

Na **tabela 1**, relacione todas as despesas médicas de todos os prestadores de serviços. As contas médicas admissíveis incluem:

- contas não pagas, pelas quais você ainda é responsável, assumidas antes ou depois da data de solicitação da Assistência Gratuita e
- como também contas pagas após a data de solicitação da Assistência Gratuita.

Na **tabela 2**, relacione todos os seus bens, exceto a sua residência principal (onde você mora) e um veículo motorizado. Relacione todos os outros bens, mesmo que você os possua em parceria com outra pessoa.

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Sobrenome	Nome	Inicial do 2º nome	Número de Seguridade Social (SSN) ou de Imposto (TIN) (se houver)
Endereço			Números de telefones (Residência) () (Trabalho) ()
Cidade	Estado	Código Postal	Endereço para correspondência (se diferente da residência)
Data de nascimento	Você é um "sem-teto"? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

TABELA 1: DESPESAS COM SAÚDE

Despesas médicas	Custo	Com que frequência ocorre a despesa?
Pagamento de seguro-saúde		Semanal, Mensal, Anual
Contas médicas admissíveis		Semanal, Mensal, Anual
Pagamento Medicare Parte A		Semanal, Mensal, Anual
Pagamento Medicare Parte B		Semanal, Mensal, Anual

TABELA 2: INFORMAÇÕES DE RECURSOS/BENS

Não incluir sua residência principal (onde você mora) e um veículo motorizado.

Bem	Proprietário(s)	Nome do banco ou titular do empréstimo	Número da conta	Valor monetário
dinheiro				
contas de poupança				
contas bancárias				
certificados de depósito bancário (term certificates)				
contas fiduciárias (trust accounts)				
contas de cooperativas de crédito				
apólices de seguros de vida				
bens imóveis				
contas individuais de aposentadoria (IRA)				
planos Keogh				
fundos de pensão				
rendas anuais (annuities)				
barco				
motor home				
outro(s) veículo(s)				
ações (stocks)				
obrigações (bonds)				
contratos de futuros				
contas no mercado financeiro				
fundos mútuos (mutual funds)				
notas promissórias				
outros				

ASSINATURA

Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, às informações contidas nesta solicitação. Concordo em fornecer a documentação mediante solicitação. Autorizo este hospital ou centro comunitário de saúde a fornecer à Division of Health Care Finance and Policy, ou ao seu nomeado, as informações necessárias para confirmação do meu direito à Assistência Gratuita e para administrar o Grupo de Assistência Gratuita. **Entendo que este hospital ou centro comunitário de saúde não pode compartilhar informações confidenciais, tais como as que estão contidas nessa solicitação, com qualquer repartição pública estadual ou federal, salvo como mencionado acima, sem a minha autorização prévia.**

Assinatura do solicitante

Data

Se estiver assinando em nome do solicitante: Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, as informações contidas nesta solicitação.

Assinatura do representante autorizado

Data

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA GRATUITA – SUPLEMENTO PARA A FAMÍLIA

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Sobrenome	Nome	Inicial do 2º nome	Número de Seguridade Social (SSN) ou de Imposto (TIN) (se houver)
Endereço			Números de telefones: (residência) (trabalho)
Data de nascimento:	Você é um "sem-teto"? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Endereço para correspondência (se diferente da residência)
Membro da família, cuja solicitação de Assistência Gratuita inclui informações para contato e sobre a renda deste solicitante:			
Sobrenome	Nome	Inicial do 2º nome	SSN ou TIN (se houver)
Se estiver solicitando para terceiros(outra pessoa), por favor preencha esta seção como a pessoa de contato.			Data de nascimento:
Sobrenome	Nome	Iniciais do 2º nome	Parentesco/relação com o solicitante:

OUTROS SEGUROS

Mesmo possuindo um seguro-saúde, você ainda pode se qualificar para que a Assistência Gratuita pague valores do tipo co-pagamentos e franquias.

1. Você possui cobertura de alguma apólice de seguro-saúde, que inclua cobertura no exterior? Sim Não

Se sim, forneça as seguintes informações:

Portador da apólice: _____ Seguradora: _____ Número da apólice: _____

Portador da apólice: _____ Seguradora: _____ Número da apólice: _____

2. Você está solicitando a Assistência Gratuita devido a um ferimento ou acidente de trabalho? Sim Não

3. Você está solicitando a Assistência Gratuita devido a um acidente com veículo motorizado? Sim Não

4. Você tem uma ação judicial ou uma reivindicação pendente em outro seguro para cobertura desta enfermidade ou ferimento? Sim Não

5. Você é estudante universitário? Sim Não Se sim: Tempo integral? Meio-período?

6. Você tem uma solicitação para algum destes programas que esteja pendente/esperando? (marque todas as alternativas pertinentes) Sim Não

Children's Medical Security Plan MassHealth CenterCare

Transitional Assistance Healthy Start EAEDC

Outro _____ Boston HealthNet Cambridge NetworkHealth

7. Você ou o solicitante original se encontra atualmente aprovado para receber a Assistência Gratuita em um outro hospital ou centro comunitário de saúde? Sim

Não

Se sim: Onde? _____

PERGUNTA OPCIONAL

Esta pergunta é formulada apenas para fim de levantamento de dados e análise e de forma alguma será usada para determinar se você se qualifica para receber a Assistência Gratuita.

Raça:

Índio americano ou nativo do Alasca

Asiático ou insulano do Pacífico

Branco, não hispânico

Negro, não hispânico

Hispânico

Outra _____

CESSÃO DE DIREITOS

Por favor, leia atentamente esta seção e assine abaixo.

Autorizo meu empregador e meu segurador de saúde a fornecer a este hospital ou centro comunitário de saúde informações sobre renda, pagamentos de seguro de saúde, seguro coletivo, co-pagamentos, franquias e benefícios de cobertura que eu possua.

Caso eu esteja solicitando Assistência Gratuita por causa de um acidente ou de outra ocorrência e se eu estiver recebendo dinheiro por causa daquele acidente ou ocorrência de quaisquer fontes tais como, por exemplo, indenização de acidente de trabalho ou de uma operadora de seguros, reembolsarei ao hospital ou centro comunitário de saúde por quaisquer serviços médicos pagos pelo Grupo de Assistência Gratuita. Concedo a este hospital ou centro comunitário de saúde o direito de receber dos seguradores os pagamentos pela assistência médica prestada conforme a necessidade.

Enquanto tiver direito à Assistência Gratuita, concordo em informar a este hospital ou centro comunitário de saúde sobre quaisquer mudanças na posição social de minha família, inclusive sobre o seu tamanho, modificações de renda e cobertura de seguro saúde que possam modificar meu direito à Assistência Gratuita.

Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, às informações contidas nesta solicitação. Concordo em fornecer a documentação mediante solicitação. Autorizo este hospital ou centro comunitário de saúde a fornecer à Division of Health Care Finance and Policy, ou ao seu nomeado, as informações necessárias para confirmação do meu direito à Assistência Gratuita e para colaborar com o Grupo de Assistência Gratuita. Entendo que este hospital ou centro comunitário de saúde não pode compartilhar informações confidenciais, tais como as que estão contidas nessa solicitação, com qualquer repartição pública estadual ou federal, salvo como mencionado acima, sem a minha autorização prévia.

Assinatura do solicitante _____

Data _____

Se estiver assinando em nome do solicitante: Atesto e dou fé, por serem verdadeiras, as informações contidas nesta solicitação.

Assinatura do representante autorizado _____

Data _____